

Estados confusionais agudos (*Delirium*)

Protocolo clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o tratamento de quadros de psicose orgânica aguda, ou estados confusionais agudos, tipo *delirium*.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Síndrome mental orgânica aguda na qual o comprometimento cognitivo é relativamente global. O *delirium*, com frequência, é reversível. Sua evolução é, normalmente, rápida.

A palavra *delirium*, usada na sua forma latina, representa diversos tipos de estados transitórios de confusão mental, marcados por perturbações da consciência, distúrbio psicomotores e alterações dos padrões de sono e vigília.

Há distintos níveis de gravidade, de formas leves a muito graves, como no estado confusional não alcoólico, a psicose infecciosa, e síndromes cerebrais e psico-orgânicas (agudas e subagudas).

Também podem ocorrer em quadros relacionados ao álcool etílico e a outras substâncias psicoativas. Nos casos em que a causa for álcool ou outras substâncias, deve-se usar o protocolo de acolhimento especificamente voltado a substâncias químicas e o protocolo clínico voltado ao alcoolismo.

Ficam, portanto, excluídos deste protocolo os quadros de delirium por abuso ou síndrome de abstinência de substâncias psicoativas. Tais situações, porém, devem ser pensadas, na hora de se fazer o diagnóstico diferencial.

Os medicamentos mais facilmente envolvidos no aparecimento de um *delirium* são principalmente aqueles com atividade anticolinérgica (antidepressivos tricíclicos e anti-histamínicos). Os benzodiazepínicos, os inibidores dos receptores H₂, os digitálicos, a furosemida, os glicocorticoides, os opioides e os anti-inflamatórios associam-se menos frequentemente.

O aumento da meia-vida de muitos benzodiazepínicos em pacientes idosos causa acúmulo e incremento da concentração sérica, facilitando a indução de *delirium*.

Todos os anti-inflamatórios não-esteroides podem ser indutores de *delirium*, especialmente a indometacina. O ácido acetilsalicílico, em altas doses, incorre no mesmo risco.

O delirium é agudo, com importante comprometimento da consciência. A demência é crônica, geralmente sem comprometimento importante da consciência. Contudo, pode ocorrer, transitoriamente, um delirium superposto a um quadro de demência¹.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F05 Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

Síndrome cerebral orgânica sem etiologia específica caracterizada pela presença simultânea de perturbações da consciência e da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ritmo vigília-sono. A duração é variável e a gravidade varia de formas leves a formas muito graves.

¹ TRZEPACZ, P.T. et al. Is *delirium* different when it occurs in dementia? A study using the *delirium* rating scale. **J Neuropsychiatry Clin Neurosci**, 1998;10:199-204. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9608409>>.

Inclui: estado confusional (não alcoólico), psicose infecciosa, síndrome cerebral psico-orgânica.

Exclui: delirium tremens induzido pelo álcool ou não especificado (F10.4)

F05.0 Delirium não superposto a uma demência, assim descrito

F05.1 Delirium superposto a uma demência

Afeções que satisfazem os critérios acima mas sobrevivendo no curso de uma demência (F00-F03).

F05.8 Outro delirium

Delirium de etiologia mista

F05.9 Delirium não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Sintomatologia e avaliação

Havendo dúvida sobre ser o quadro derivado de intoxicação, deve-se recorrer ao Centro de Informações Toxicológicas (CIT), discutindo o caso com o toxicologista.

Como é um quadro de emergência ou de urgência, deve-se ter à mão possibilidades de suporte médico básico, incluindo proteção das vias aéreas, avaliação dos sinais vitais e exames laboratoriais para excluir condições tratáveis como infecções devem ser administrados.

O exame físico deve descartar a presença de rigidez de nuca. Um bom exame neurológico é fundamental, além da avaliação das funções psíquicas.

A ausculta pulmonar e cardíaca são imprescindíveis. Em algumas situações a punção lumbar (raque) poderá ajudar no diagnóstico.

Será necessário solicitar exames laboratoriais (hemograma completo, VHS, sódio, cloretos, cálcio, magnésio, fósforo, ureia, creatinina, glicose, função hepática, T4 livre, TSH). O eletrocardiograma (EEG), mesmo não sendo útil para o diagnóstico, pode auxiliar a identificar alterações associadas a encefalopatia e para descartar *status epilepticus* não convulsivo. Neuroimagem não é indicada de rotina, porém pode ter um papel no diagnóstico, caso haja suspeita de doença neurológica de diagnóstico não evidente pelo exame físico.

Também se deve solicitar exame comum de urina e urocultura.

É interessante solicitar exame para lues, para HIV e fator antinuclear (FAN). Casos mais demorados e complexos exigirão eletroencefalografia (EEG), tomografia computadorizada da cabeça e arteriografia.

Existe maior risco na presença de uma condição médica subjacente e na concomitância de drogas (intoxicação ou abstinência álcool, anfetamina, cocaína, crack, opioides, barbitúricos, benzodiazepínicos e inseticidas organofosforado). Deve-se, pois, fazer um rastreamento toxicológico.

Também há risco por idade avançada, múltiplas complicações clínicas, polifarmácia, doença em estágio terminal, privação sensorial e privação de sono.

Os sintomas diferem segundo a doença básica, que deu origem ao quadro de *delirium*. Na quase totalidade dos casos ocorre:

- 1) Início agudo de alterações do estado mental;
- 2) Curso flutuante, com sintomas intermitentes e variáveis;
- 3) Dificuldades para prestar atenção ou variações grandes nos níveis de atenção;
- 4) Pensamento desorganizado;
- 5) Nível alterado de consciência;
- 6) Agitação intermitente;

7) Confusão mental em graus variáveis (com dificuldades mnésicas, alterações da sensopercepção, desorientação espaciotemporal e, eventualmente, desorientação autopsíquica).

Pode-se usar o método de avaliação da confusão mental para unidades de tratamento intensivo (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), conhecido pela sigla CAM-ICU². É um método validado, de boa especificidade e boa sensibilidade³.

Para um perfeito diagnóstico do *delirium* deve-se, de forma combinada, monitorar a sedação e monitorar o *delirium*. O método CAM-ICU tem duas etapas para realizar a avaliação da consciência. A primeira etapa avalia a sedação. A sedação é quantificada pela escala de agitação e sedação de Richmond (Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS). Se o RASS for superior a -4 (indo de -3 até +4), entra-se na segunda etapa: a avaliação do *delirium*.

Alguns pacientes não conseguem progredir até a segunda etapa. Não são, portanto, testados com o restante da avaliação CAM-ICU. Os que chegam à segunda etapa e conseguem abrir os olhos apenas através de estimulação verbal, sem completar os componentes do teste de atenção, são considerados com falta de atenção.

A escala de agitação e sedação de Richmond (Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS), primeira etapa do método, é apresentada na sequência, com a forma de interpretar a pontuação.

Escala de agitação e sedação de Richmond (Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS).

Procedimento da medida do RASS:

Observar o paciente

Paciente está alerta, inquieto ou agitado.(0 a +4)

Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional.

Paciente acordado com abertura de olhos sustentada e realizando contato visual. (-1)

Paciente acordado realizando abertura de olhos e contato visual, porém breve. (-2)

Paciente é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual. (-3)

Quando paciente não responde ao estímulo verbal realizar estímulos físicos.

Paciente realiza algum movimento ao estímulo físico. (-4)

Paciente não responde a qualquer estímulo. (-5)

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento; perigoso.
+3	Muito agitado	Conduta agressiva; remoção de tubos ou cateteres.
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes.
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos.
0	Alerto, calmo	
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (> 10 seg).
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10 seg).
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

Fonte: PESSOA, NACUL, 2006, baseado em ELY et al, 2001.

² PESSOA, R.F.; NÁCUL, F.E. *Delirium* em Pacientes Críticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** Vol. 18 Nº 2, Abril – Junho, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a13v18n2>>.

³ MORI, Satomi; KASHIBA, Kelly I ; SILVA, Daniela Veruska ; ZANEI, Suely Sueco Viski ; WHITAKER, Iveth Yamaguchi . Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva. Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, p. 58-64, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000100009&script=sci_arttext>.

Manual CAM-ICU para o diagnóstico do *delirium*.

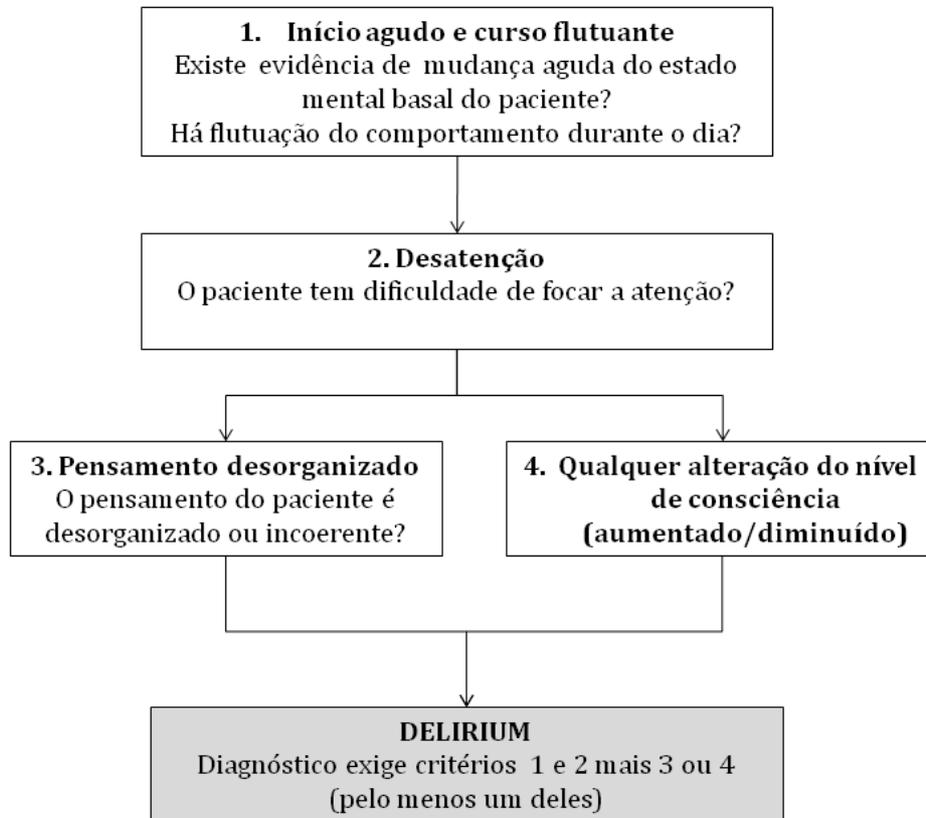
CAM-ICU – Características e Descrições		Ausente	Presente
Característica 1: Início agudo ou curso flutuante			
A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal? ou B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (p. ex.: RASS), Glasgow, ou avaliação de <i>delirium</i> prévio?			
Característica 2: Falta de atenção			
A. O paciente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a 8, quer no componente visual quer no componente auditivo do Teste de Atenção (<i>Attention Screening Examination - ASE</i>)?			
Característica 3: Pensamento desorganizado			
Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorretas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos: Questões (alternar conjunto A e conjunto B)			
Conjunto A	Conjunto B		
1. Uma pedra pode flutuar na água ?	1. Uma folha pode flutuar na água?		
2. Existem peixes no mar?	2. Existem elefantes no mar?		
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?	3. Dois quilos pesam mais do que um quilo ?		
4. Pode-se usar um martelo para pesar uma agulha ?	4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?		
Característica 4. Nível de consciência alterado			
O nível de consciência do paciente é outro qualquer que não o alerta*, tal como o vigil**, letárgico*** ou estuporoso**** ? (p. ex.: RASS diferente de "0" na altura da avaliação)			
CAM-ICU Global (Características 1 e 2 e quer característica 3 ou 4)		Sim	Não
<p>*Alerta: completamente ciente do ambiente, e inter-actua apropriadamente de forma espontânea. ** Vigilante: hiper-alerta. ***Letárgico: sonolento mas facilmente despertável, não está ciente de alguns elementos do ambiente ou não interage de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interage apropriadamente quando estimulado minimamente. ****Estuporoso: completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável. Retirado de Ely EW e col. 2001 ⁶.</p>			

Fonte: PESSOA, NACUL, 2006, baseado em ELY et al, 2001.

Pode-se usar figuras padronizadas, assim como o teste auditivo de atenção (com letras), para avaliar a hipoproséxia, a hipotenacidade e a hipovigilância do paciente (nos anexos, ao final).

A sequência do método é representada no diagrama seguinte.

Diagrama de Fluxo do Método CAM-ICU.



Fonte: Adaptado de ELY, E.W. et al. 2001⁴.

Delirium por exposição a substâncias químicas neurotóxicas industriais

No que se refere aos quadros relacionados a atividades laborativas (ocupacionais), o protocolo do INSS sugere a observação dos seguintes critérios, na hipótese de possível nexo entre o transtorno e as atividades laborativas⁵: perturbação da consciência (isto é, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com diminuição da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção; alteração na cognição, tal como déficit de memória, desorientação, perturbação de linguagem ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é explicada por uma demência pré-existente, estabelecida ou em evolução; a perturbação se desenvolve ao longo de um curto período de tempo (horas a dias) com tendência a flutuações no decorrer do dia; existência de evidências a partir da história, exame físico, ou achados laboratoriais de que a perturbação é consequência direta ou indireta, associada a uma situação de trabalho.

⁴ ELY, E.W.; INOUE, S.K.; BERNARD, G.R. et al - *Delirium* in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 2001;286:2703-2710. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194422>>.

⁵ INSS. **Protocolo de procedimentos médico-periciais nº. 5.1.** Rio de Janeiro: Ministério da Previdência; Instituto Nacional do Seguro Social, 201_.

Quadros de *delirium* têm sido encontrados entre os efeitos da exposição ocupacional às substâncias químicas tóxicas⁶, especialmente o brometo de metila (brometano), que é um pesticida⁷, e o sulfeto (ou dissulfeto) de carbono, que é um solvente industrial e laboratorial⁸. Em trabalhadores comprovadamente expostos a estas substâncias químicas neurotóxicas, entre outras, o diagnóstico de *delirium* relacionado com o trabalho, excluídas outras causas não ocupacionais, permite enquadrar esta doença no Grupo I da Classificação de Schilling, ou seja, o “trabalho” ou a “ocupação” desempenham o papel de “causa necessária”.

Outras Causas

O *delirium*, frequentemente, está associado a doenças que se manifestam com o formato de síndrome cerebral psico-orgânica. Ocorre queda momentânea das funções mentais devida a um problema que, originalmente, não é de ordem psiquiátrica. Os principais problemas que podem estar associados ao delirium são:

I. Lesão cerebral causada por traumatismo:

- I.a. Acidente vascular cerebral hemorrágico (hemorragia intracerebral)
- I.b. Sangramento em espaço subjacente ao cérebro (hemorragia subaracnóidea)
- I.c. Coágulo sanguíneo intracraniano causando pressão sobre a massa (hematoma subdural)
- I.d. Comoção cerebral (perda de consciência, e às vezes da memória, de curta duração que se produz depois de uma lesão cerebral e que não causa qualquer lesão orgânica evidente).

II. Afecções respiratórias

- II.a. Hipoxia (déficit de oxigênio)
- II.b. Hipercapnia (altos níveis de dióxido de carbono)

III. Transtornos cardiovasculares:

- III. a. Demência devida a uma sequência de acidentes cerebrovasculares (multinfartos)
- III. b. Infecções cardíacas (endocardites, miocardites)
- III.c. Acidente cerebrovascular
- III. d. Acidente isquêmico transitório

IV. Transtornos degenerativos (demenciais):

- IV.a. Mal de Alzheimer (demência senil de tipo Alzheimer)
- IV. b. Doença de Creutzfeldt-Jacob
- IV.c. Demência difusa por corpos de Lewy
- IV. d Doença de Huntington
- IV. e. Esclerose múltipla
- IV. f. Hidrocefalia normotensiva

⁶ OLSON, Kent R. **Manual de Toxicologia Clínica**. 6ª edição. Porto Alegre: AMGH Editora, 2014. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=xLg6AgAAQBAJ&pg=PA169&lpg=PA169&dq=brometo+de+metila+delirium&source=bl&ots=N07g9FFibn&sig=ArIr_bJ3xnkTM5758wb8_larqPY&hl=pt-BR&sa=X&ei=-SDeU-6yFIGayASp74LADA&ved=0CEsQ6AEwCQ#v=onepage&q=brometo%20de%20metila%20delirium&f=false>.

⁷ O brometo de metila é um gás redutor da camada de ozônio estratosférica. Com o Protocolo de Montreal sua produção e uso foram descontinuados em etapas. Era amplamente usado como inseticida e nematicida com efeito fungicida, acaricida, rodenticida, herbicida (para sementes em germinação). Era usado para desinfetar e esterilizar solos (matava sementes de todas as espécies, especialmente na preparação de campos de golfe), fumigar cereais, proteger mercadoria armazenada, desinfetar depósitos e moinhos (em especial contra o gorgulho dos grãos e a traça da farinha) como gás não combinado ou combinado com dióxido de carbono ou dibrometo de etilideno.

⁸ O sulfeto de carbono é um solvente para ceras, óleos, lacas e resinas, e é utilizado como um lubrificante de chamas para cortar vidros. Ele é empregado na vulcanização a frio da borracha e na indústria petroquímica. É um componente de certos tipos de inseticidas, parasiticidas e herbicidas. É empregado também na indústria têxtil, para a fabricação de celofane e de rayon (seda artificial) pelo processo da viscose. Esta última exposição ocupacional é a que mais tem sido associada à produção de danos à saúde do trabalhador na experiência brasileira.

- IV. g. Mal de Parkinson
- IV. h. Doença de Pick
- V. Encefalopatias de origem metabólica:
 - V. a. Doenças renais
 - V.b. Doenças hepáticas
 - V.c. Doenças da tireoide (hipertireoidismo e hipotireoidismo)
 - V.d. Deficiência de vitaminas (B1, B12)
- VI. Transtornos relacionadas ao consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas:
 - VI.a. Estado de abstinência do álcool etílico
 - VI.b. Intoxicação por substâncias químicas
 - VI.c. Síndrome de Wernicke-Korsakoff (consequência do consumo excessivo de álcool associado a desnutrição)
 - VI.d. Suspensão de consumo de drogas (especialmente hipnóticos, sedativos e corticoides).
- VII. Infecções
 - VII.a. Infecções agudas ou crônicas
 - VII.b. Septicemia
 - VII.c. Encefalite
 - VII.d. Meningite
 - VII.e. Sífilis em fases avançadas

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

O local ideal para tratar os casos de *delirium* é o hospital geral. Muitos casos de curta duração têm a sua parte mais crítica resolvida quando ainda estão no setor de emergência de um hospital. O fato de haver sintomas psiquiátricos provoca encaminhamentos errôneos, diretamente a hospitais psiquiátricos que, geralmente, não têm estrutura para atender um caso deste tipo.

5. TRATAMENTO

Deve-se buscar a causa do *delirium* e instituir tratamento voltado a ela, e não apenas aos sintomas. Logo, o tratamento visa a doença ou condição específica que está causando a síndrome. Visa, também, controlar ou reverter suas manifestações.

Deve-se abordar possível insuficiência cardíaca, hipóxia, hipercapnia, alterações tireoidianas, anemia, desordens nutricionais, infecções, insuficiência renal, insuficiência hepática. Deve-se investigar a presença de outros transtornos psiquiátricos, capazes de influenciar o quadro, agravando e mimetizando alguns sintomas. A correção destas anormalidades geralmente melhora o funcionamento cerebral.

Medidas não farmacológicas são importantes para todos os pacientes em *delirium*. Incluem reorientação e intervenção comportamental. Os cuidadores devem usar instruções claras, incluindo frequente contato visual com os pacientes. Limitar maiores mudanças na enfermaria ou quarto, assim como na equipe de cuidadores. A contenção mecânica deve ser evitada, pois leva à redução da mobilidade, aumento da agitação, aumento do risco de lesões e prolongamento do *delirium*⁹.

O tratamento do *delirium* pode incluir medidas como a flexibilização do horário de visitas para permitir a presença de cuidadores íntimos do paciente, redução de

⁹ APA. American Psychiatry Association. **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos:** compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ruídos e iluminação noturna, para dar mais conforto do paciente. Os cuidados da dor, se houver, com analgésicos, são fundamentais.

Como regra, não se indica benzodiazepínicos (exceto quando o delirium for alcoólico)¹⁰ e nem rivastigmina¹¹. A mistura proposital de benzodiazepínico com haloperidol não tem fundamentos científicos¹².

O controle de comportamentos agressivos ou agitados, capazes de causar danos ao paciente e aos profissionais de saúde envolvidos, é tratável por haloperidol¹³. Geralmente a dose de 0,5 a 2 mg via oral ou intramuscular, 2 vezes por dia, é suficiente¹⁴. Mais raramente, 5 mg podem ser adequados a um paciente grande, pesado e muito agitado. Pode-se aumentar, dependendo da intensidade dos sintomas e da resposta ao fármaco. Em idosos, sugerem-se doses menores, de 0,25 a 0,5 mg, examinando o coração, pois há risco de torsades de points.

O haloperidol é recomendado nas diretrizes oficiais britânica, australiana e suíça, como a primeira linha no tratamento sintomático do delirium¹⁵. É recomendado também na diretriz da American College of Critical Care Medicine¹⁶.

Na falta de haloperidol, a clorpromazina pode também ser usada, como segunda escolha, com bons efeitos. Em caso de comprometimento hepático ela deve ser evitada.

Há boas evidências de que tratamentos breves, com doses pequenas de neurolépticos podem aliviar os sintomas¹⁷. O alvo do tratamento, contudo, deve ser a causa dos sintomas, se for possível identificá-la. O uso prolongado de neurolépticos pode levar a uma baixa de consciência, agravando os sintomas, especialmente em idosos.

¹⁰ LONERGAN, E.; LUXENBERG, J.; AREOSA SASTRE, A. Benzodiazepines for delirium. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 4. Art. No.: CD006379. DOI: 10.1002/14651858.CD006379.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD006379.pub3>>.

¹¹ VAN EIJK, Maarten et al. Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: a multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. **The Lancet**, 27 November 2010, Vol. 376, Issue 9755, Pages 1829-1837. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61855-7. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961855-7/fulltext>>.

¹² SKROBIK, Yoanna. Can critical-care delirium be treated pharmacologically? **The Lancet Respiratory Medicine**, 1 September 2013, Vol. 1, Issue 7, Pages 498-499. DOI: 10.1016/S2213-2600(13)70178-4. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600%2813%2970178-4/fulltext>>.

¹³ PAGE, Valerie J. et al. Effect of intravenous haloperidol on the duration of delirium and coma in critically ill patients (Hope-ICU): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. **The Lancet Respiratory Medicine**, 1 September 2013 (Vol. 1, Issue 7, Pages 515-523). DOI: 10.1016/S2213-2600(13)70166-8. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600%2813%2970166-8/fulltext>>.

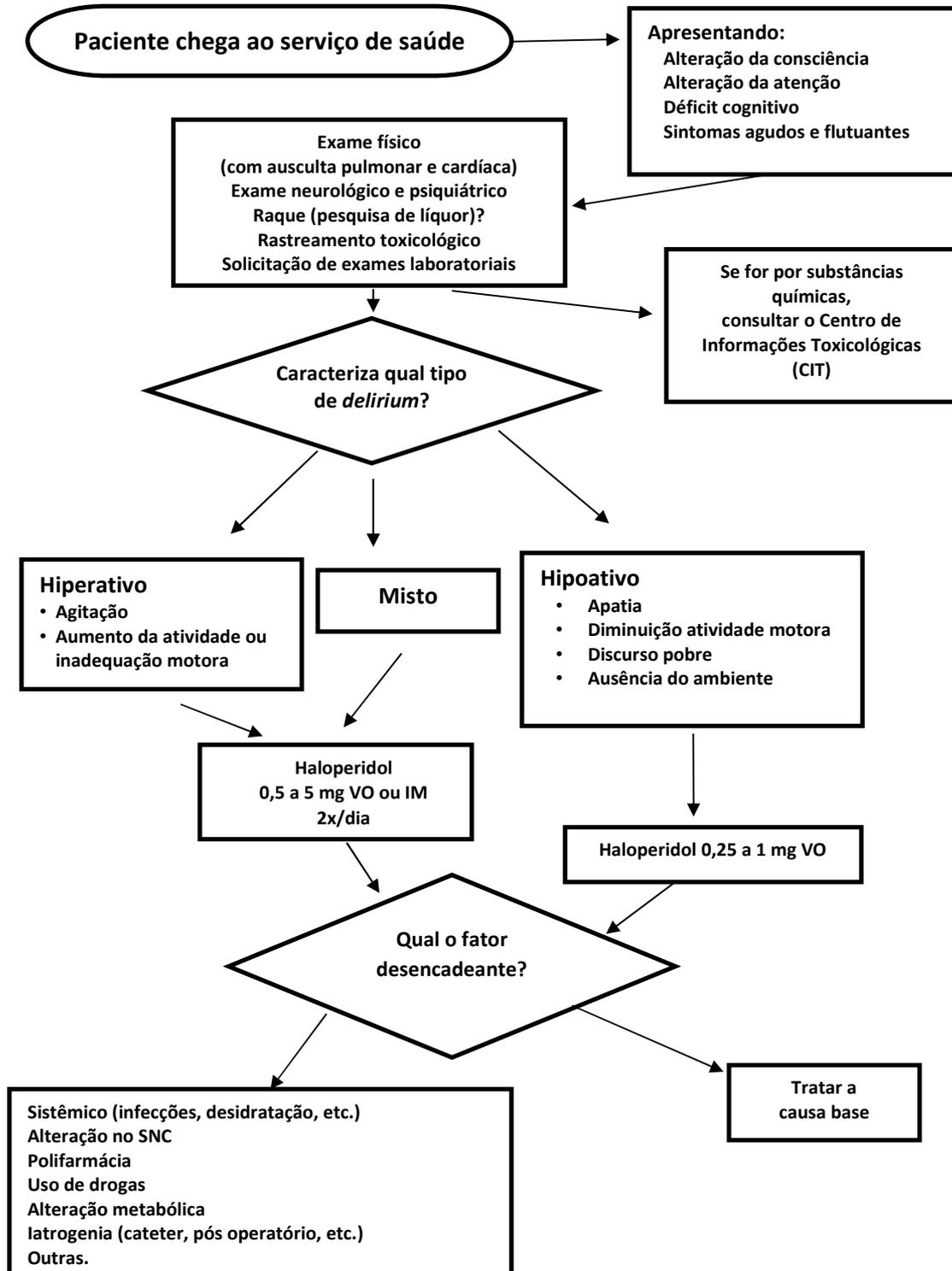
¹⁴ Grover, Kumar et Chakrabarti. . Comparative efficacy study of haloperidol, olanzapine and risperidone in delirium. **J Psychosom Res**. 2011 ;71:277-81 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21911107> >.

¹⁵ FOSNIGHT, Sue. Delirium in the elderly. **PSAP-VII Geriatrics**, American College of Clinical Pharmacy, 2014. Disponível em: <<https://www.accp.com/docs/bookstore/psap/p7b07.sample02.pdf> >.

¹⁶ BARR, Juliana et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. **Critical Care Medicine**, January 2013, Volume 41, Number 1. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72. Disponível em: <<http://www.learnicu.org/SiteCollectionDocuments/Pain,%20Agitation,%20Delirium.pdf>>.

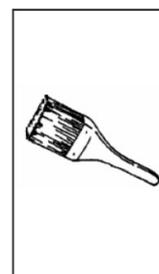
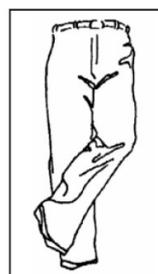
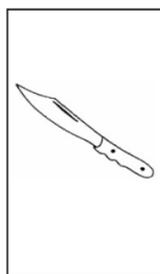
¹⁷ MEAGHER, David J., et al. What Do We Really Know About the Treatment of Delirium with Antipsychotics? Ten Key Issues for Delirium Pharmacotherapy. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Volume 21, Issue 12, Pages 1223–1238, December 2013. Disponível em: <<http://www.ajgponline.org/article/S1064-7481%2812%2900051-6/pdf>>.

ALGORITMO

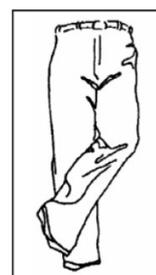
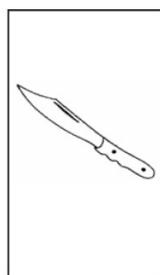
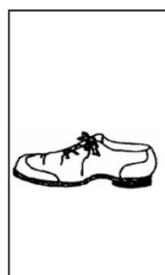
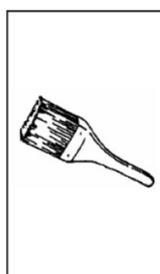
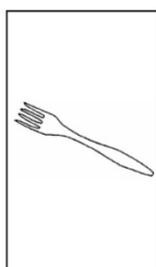


Anexo I – Teste de Atenção Visual por Figuras

Mostre estas 5 figuras ao paciente por 3 segundos cada.



Mostre estas 10 figuras ao paciente por 3 segundos cada.



Passo 1: 5 figuras

Orientações: Diga ao doente, "Sr. ou Sra. _____, vou mostrar-lhe figuras que representam alguns objetos comuns.

Observe-os com atenção e tente recordar-se de cada figura porque vou perguntar-lhe quais foram as figuras que viu. A seguir mostre o passo 1 quer do conjunto A quer do conjunto B, alternando diariamente se forem feitas várias medições.

Mostre as primeiras 5 figuras durante 3 segundos cada uma.

Passo 2: 10 figuras

Orientações: Diga ao doente, "Agora vou mostrar-lhe mais algumas figuras. Algumas delas já as viu e algumas são novas.

Indique se já viu ou não estas fotografias abanando a cabeça para sim (demonstrar) ou não (demonstrar). A seguir mostre 10 figuras (5 novas e 5 repetidas) durante 3 segundos cada.

(Passo 2 do conjunto A ou B, dependendo do que foi usado no passo 1 anterior).

Pontuação: este teste é pontuado pelo número de respostas "sim" ou "não" corretas durante o segundo passo (dentro de 10 possíveis). Com vista a melhorar a visibilidade para os doentes mais idosos, as imagens são imprimidas em tamanho 6x10 em papel colorido e laminadas com acabamento mate.

Nota: Se o doente usa óculos assegurar que ele os tem colocado quando da realização do teste visual.

O resultado do teste é dado pela soma das respostas "sim" e "não" corretas durante o segundo passo. (x corretas em 10)

Nível de consciência alterado

O nível de consciência do doente é outro qualquer que *não o alerta*, tal como o vigil, letárgico ou estuporoso? (i.e., RASS diferente de "0" na altura da avaliação)

Alerta completamente ciente do ambiente, e interactiva apropriadamente de forma espontânea

Vigilante hiperalerta

Letárgico sonolento mas facilmente despertável, não ciente de alguns elementos do ambiente ou não interactiva de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interactiva apropriadamente quando estimulado minimamente

Estuporoso completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável

Anexo II – Teste de Atenção Auditivo por Letras

Orientações: Diga ao doente: "Vou ler-lhe uma série de 10 letras. Sempre que ouvir a letra "A", indique-me apertando a minha mão." Leia as seguintes 10 letras num tom de voz normal (suficientemente alto para ser ouvido acima do ruído da UCI) à velocidade de uma letra por segundo.

S A H E V A A R A T

Pontuação: Os erros são contados quando o doente falha no aperto de mão quando da letra "A" e quando o doente aperta a mão em qualquer outra letra que não a "A".